MÉMOIRE

SUR LE FONGUS HÉMATODE

ET MÉDULLAIRE

DE L'OEIL.

2

MÉMOIRE

SUR

LE FONGUS HÉMATODE

ET MÉDULLAIRE

DE L'OEIL,

PAR LE DOCTEUR LUSARDI,

Médecin-Oculiste, Docteur en chirurgie de la Faculté de Montpellier, de Barcelone, de Duisbourg, de Maestrich; Membre des Académies de Madrid, de Barcelone; Correspondant des Sociétés de médecine de Douai, d'Évreux, du Mans, de Tours et autres Sociétés médico-chirurgicales; Oculiste honoraire de S. M. l'Archiduchesse Impériale MARIE-LOUISE, Duchesse de Parme, etc., etc., etc.



PARIS,

CHEZ L'AUTEUR, RUE SAINT-LAZARE, N° 130,

ET CHEZ GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE, N° 13.

1831.

Epernay, de l'Imprimerie de WARIN-THIERRY et FILS,
et à Paris, quai de l'Horloge-du-Palais, n° 61.

MÉMOIRE

SUR LE

FONGUS HÉMATODE ET MÉDULLAIRE

DE L'OEIL (1).

Observation sur la nature, l'origine et la marche du fongus hématode de l'œil.

Les opinions sont encore aujourd'hui partagées et indécises sur l'origine du fongus hématode et médullaire du globe de l'œil, ainsi que de ceux qui se forment sur d'autres parties du corps. Je ne puis rapporter que ce que mon expérience et mes observations m'ont appris, et le fruit de la lecture de livres publiés par des hommes justement célèbres. Le professeur *Maunoir* aîné, de Genève, est, selon nous, celui qui a le mieux décrit cette terrible maladie dans son Mémoire, qui a pour épigraphe : *Pueris senibusque nocebit.* Il a distingué avec clarté et précision ces deux affections, des autres désignées par plusieurs auteurs sous des noms différens, tels que tumeurs sanguines, fongueuses, carcinomateuses, etc. Toutes ces cruelles maladies, malgré quelques analogies apparentes, portent d'ailleurs des caractères qui les distinguent suffisamment, pour leur assigner une place particulière et un nom spécial.

Le caractère distinctif du fongus hématode, soit acciden-

---

(1) Ce Mémoire a été présenté à l'Académie royale de médecine; aucun rapport n'a été fait : *De invidiâ ocularium propriâ.* Il devait être publié il y a déjà quatre ans.

tel, soit congénial, consiste dans une tumeur indolente, de nature spongieuse, inégale; d'une couleur pâle, sanguinolente, molle, s'écrasant facilement sous les doigts, formée, dans l'intérieur, d'une multitude de petites mailles en cellules remplies de sang, saignant par la moindre pression, se couvrant d'une croûte brunâtre, ridée et dure, et qui, en se ramollissant, occasione souvent des petites hémorrhagies, après lesquelles la croûte ne tarde pas à se renouveler.

J'ai observé que, pendant la marche du fongus hématode, les ganglions lymphatiques qui avoisinent les carotides, et ceux de la mâchoire inférieure, sont engorgés sympathiquement. Le siége primitif du fongus hématode qui nous occupe, doit être, à ne pas en douter, dans les vaisseaux de la rétine, qui, par son artère centrale et ses ramifications qui se distribuent à la membrane hialoïde et le corps ciliaire, propage la maladie à toutes les parties adjacentes. Nul doute que la dilatation de ces vaisseaux ne donne naissance au fongus hématode. A mesure que cette affection fait des progrès, les veines se prononcent davantage; enfin, cet état, plus que variqueux, est plus ou moins susceptible de déchirement. La rétine change de couleur, ainsi que la choroïde, qui dégénère et se désorganise complètement. Tout le globe de l'œil devient le siége de fongosités sanguines qui forment une masse spongieuse, dont les cellules, remplies de sang, sont de diverses grandeurs; à peine reconnaît-on alors l'organisation normale.

Tels sont les caractères distinctifs du fongus hématode; il reste à savoir si cette maladie est locale, ou si elle intéresse la constitution en général? Elle sera locale, si l'affection provient d'un coup, d'une chute; elle sera constitutionnelle, si elle se développe sans aucune cause ou signe apparens. Dans le premier cas, on peut espérer la guérison non-médicale, mais chirurgicale. Dans le second cas, il y aura peu d'espérance, quelques moyens que l'on mette en usage. Pourtant, on a réussi, sinon à guérir complètement, du moins à arrêter les progrès de l'affection avant la désorganisation bien avancée.

Différences qui existent entre le fongus médullaire et le fongus hématode proprement dit.

Le fongus médullaire est la maladie la plus grave du globe de l'œil, elle est plus difficile à guérir que le fongus hématode. Les caractères extérieurs qui les différencient sont si peu apparens, que le praticien le plus exercé dans la médecine oculaire, peut encore facilement être trompé. Le fongus hématode est le plus souvent une maladie locale dans son principe, provenant d'un coup porté sur le globe de l'œil, etc., tandis que le médullaire est constitutionnel, et sans organisation apparente (1). L'un et l'autre sont plus fréquens chez les jeunes gens que chez les adultes et les vieillards.

La nature organique du fongus médullaire a la plus grande analogie avec la substance cérébrale; il prend sa source dans la partie nerveuse et médullaire, et se propage du nerf optique à la rétine, qu'il désorganise, et qu'il fait dégénérer.

Tout l'intérieur du globe oculaire tirant son origine du système fibreux (2), cette dernière affection provient, le plus souvent, non d'une réaction inflammatoire aiguë, mais d'une irritation chronique, et les mêmes formes morbides ne diffèrent point dans l'œil de ce qu'elles sont ailleurs. Une inflammation lente précède évidemment le développement du fongus médullaire, qui, à l'œil, offre bien une marche particulière, modifiée par l'organe souffrant.

M. *Maunoir* dit : « Il n'est peut-être pas de tissu ou de fluide du corps humain, qui ne se retrouve en tout ou en

---

(1) Dans cet état de simplicité apparente, si des moyens pharmaceutiques ou chirurgicaux sont mal dirigés, l'absorption se fait par le pus qui s'écoule du fongus ulcéré ; de benin qu'il était, il devient malin, et marche à grands pas vers l'incurabilité.

(2) La rétine n'est pas, comme le pensent le plus grand nombre d'anatomistes et de physiologistes, une expansion du nerf oculaire. Je me propose de donner incessamment, à ce sujet, un essai anatomique et physiologique.

partie dans les différentes tumeurs soumises aux recherches de l'anatomie pathologique. Il est donc assez rationnel de supposer qu'une tumeur quelconque, n'est, dans la plupart des cas du moins, que le résultat de la déviation morbide de quelque fluide ou de quelque tissu, qui, accumulé et formant une masse contre nature, conserve encore, dans cet état, quelques propriétés qui décèlent son origine. » Plus loin, il dit : « Pourquoi le sang ou plutôt les vaisseaux sanguins, pourquoi la substance cérébrale, celle de la moelle épinière, des nerfs, seraient-elles exemptes de ces déviations extraordinaires? Pourquoi ne donneraient-elles pas alors naissance à des tumeurs sanguines, vasculaires dans le premier cas, et réellement médullaires dans le second? »

Le fongus médullaire du globe de l'œil consiste principalement dans la dégénérescence du nerf optique, ou plutôt dans l'altération nerveuse; la forme de ce genre de fongus est plus égale, plus dure que le fongus hématode; les malades se plaignent de douleurs plus fortes dans la première affection que dans la seconde.

Dans le fongus hématode, les fongosités ou lobes laissent échapper du sang noir, et dans le fongus médullaire, c'est une matière puriforme, d'une odeur extrêmement désagréable à l'odorat; ce fluide excorie les joues, et les ulcère, ce qui n'arrive pas dans l'écoulement sanguinolent de l'hématode. L'économie s'affaiblit évidemment plus dans le médullaire que dans l'hématode, et la mort termine plus vite les souffrances dans la première affection que dans la seconde, si on n'opère pas promptement; et souvent encore fait-elle le désespoir du médecin et du malade, par ses progrès rapides; enfin, on a souvent la douleur d'avoir accéléré la fin du malade, surtout si on a employé des moyens empiriques, comme caustiques ou autres substances irritantes.

Le fongus médullaire attaque le plus souvent l'œil que d'autres parties du corps, et il est rare que l'affection se borne à un seul de ces organes, excepté si elle est purement locale, c'est-à-dire, produite par une percussion sur l'œil;

et, dans ce dernier cas, la maladie commence toujours à s'élever du fond de l'organe visuel.

Les enfans qui commencent à perdre la vue par cette affection, deviennent louches (strabisme), à mesure que la tache blanche (1), dans le fond de l'œil, augmente de grandeur. Si vous interrogez ces malheureux, ils vous disent que c'est la tête qui est douloureuse, et non l'œil affecté. Non-seulement la vue diminue à mesure que la maladie fait des progrès, mais l'ouïe, l'organe du goût et celui de la parole se perdent également, et diminuent progressivement jusqu'à la fin de leur existence, qui arrive assez promptement.

Parmi les caractères extérieurs de cette affection, se présentent des signes qui sont communs aux scrofuleux : la peau blanchâtre et fine, la face bouffie, les ailes du nez, ainsi que les lèvres, particulièrement la supérieure, grosses et tuméfiées; les angles de la mâchoire saillans et cylindriques. Si vous ouvrez le crâne, vous le trouverez ordinairement aminci du côté de la jonction des pariétaux avec le frontal ; aucune altération n'est apparente dans les méninges; la couleur et la consistance de la substance cérébrale sont dans l'état normal, seulement une augmentation de volume à l'endroit correspondant de la selle turcique.

Une différence bien tranchée entre le fongus hématode et le fongus médullaire, c'est que la tache qui paraît au fond de l'œil, dans le premier, est de couleur noirâtre, tandis que dans le second elle est d'un blanc argenté.

Les causes de cette épouvantable maladie sont jusqu'à présent inconnues. Si on considère qu'elle n'affecte ordinairement que l'enfance, on est conduit à penser que la cause doit en être cherchée parmi les maladies qui sont propres à cet âge, et qu'elle est une dégénération des scrofules, assez fréquente dans certaines contrées humides, telles que la Flandre française et belge, surtout en Hollande. Aussi, les caractères extérieurs du fongus médullaire du globe de l'œil

(1) *Voyez* figure 3.

sont-ils ceux attribués aux scrofuleux, tels que nous les avons décrits plus haut. Le professeur de Pavie, *Penizza* (1), émet également l'opinion que c'est la maladie scrofuleuse qui produit l'affection terrible dont nous parlons. Cet habile docteur s'appuie sur des faits d'anatomie pathologique tirés de l'examen, non-seulement de l'œil dégénéré, mais encore de celui des cerveaux de plusieurs enfans morts à la suite de cette cruelle affection. Il dit : « Après avoir considéré attentivement, recueilli et comparé tous les cas sur cette maladie, on n'est pas long-temps sans s'apercevoir qu'une maladie, toujours presque fatale, comme le fongus médullaire; une maladie qui n'exempte aucune partie tant externe qu'interne de notre organisation; une maladie qui, très-souvent, se manifeste sans cause occasionelle, et qui enfin altère la texture des parties qui ne sont plus reconnaissables, doive se réduire (malgré la différence de texture) à une dégénération de même nature. Elle doit avoir une cause générale prédisposante. »

Si on établit une comparaison des cas de cette affection avec les autres qui affligent notre machine, certainement on aperçoit une grande analogie entre les scrofules et le fongus médullaire; c'est pourquoi je crois fermement que, le fongus médullaire a, le plus souvent, pour cause prédisposante, l'état scrofuleux. Quant au vice scrofuleux lui-même, nul doute qu'on peut le considérer comme une affection générale, apportée en naissant, ou qui survient pendant la vie, ou bien dans les premières années; aussi cette maladie a-t-elle été classée parmi les affections propres aux enfans et à la jeunesse; cependant on a des exemples qu'elle s'est développée dans l'âge adulte et viril, et chez des sujets qui ont la fibre lâche, et d'un tempérament lymphatique. Hippocrate a dit (2) :

Ab anno autem decimo quarto ad quadrigesimum secundum

---

(1) *Annotazioni anatomico chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio*, Pavia, 1821—1826.

(2) *Coæ. Prænot.* 40 — 512.

usque natum omnis generis morborum, ad annum sexagesimum tertium, neque strumaficent, neque calculus.

Lalouette (1) donne l'histoire d'une famille sur laquelle cette maladie se déclara à des époques différentes.

La variété des symptômes et des effets qui accompagnent les humeurs froides, avait porté les anciens à distinguer cette terrible maladie en scrofules bénignes, malignes et cancéreuses. Cette distinction nosologique se trouve confirmée dans les ouvrages d'*Ætius*, d'*Eginetta*, d'*Avicenne*, de *Claudini*, et dans ceux de presque tous les modernes, tels que *Bierchen*, *Charmeton*, *Kortum*, *Lepelletier*, *Monteggia*. Quoique *Bierchen* dise que les ulcères scrofuleux deviennent malins, parce que, le plus souvent, ils sont compliqués des virus syphilitique, scorbutique, arthritique, etc., cependant plusieurs autres auteurs, notamment *Kortum*, disent que le seul vice scrofuleux, invétéré et négligé, peut produire des ulcères d'un mauvais caractère, très-souvent cancéreux, et bien peu guérissables.

Il n'est pas douteux que les tumeurs scrofuleuses, tant externes qu'internes, ne parviennent à la résolution, soit complète ou incomplète, mais elles restent à peu près dans le même état; c'est-à-dire, que ces tumeurs présentent à un plus ou moins fort degré, et périodiquement, des inégalités de la douleur, et finissent par s'enflammer de nouveau, se ramollissent et s'ulcèrent, et prennent enfin l'aspect d'un ulcère *mali-moris* carcinomateux à bords tantôt durs, renversés, et laissent échapper une matière sanieuse et très-fétide.

Ces exemples sont encore confirmés par *Plater*, *Murella*, *Hill* et *Monteggia;* ce dernier dit que les scrofules malignes, tant sous l'aspect de tumeurs que d'ulcérations, s'approchent assez souvent de la mauvaise nature du chancre et du squirrhe, et qu'il est assez difficile de les distinguer. Ces sortes de complications sont assez fréquentes en Angleterre, en Hollande et en Lombardie.

---

(1) *Traité des Scrofules.* Paris, 1780.

D'après de pareilles données sur la diathèse scrofuleuse, nous pouvons affirmer, vu ces principes et d'après notre propre expérience, que le système lymphatique, qui est le siége le plus ordinaire de cette maladie, n'est pas toujours le seul affecté; que les os en sont quelquefois primitivement atteints, ramollis, dénaturés, transformés en d'autres substances; que les muscles sont convertis en une substance stéatomateuse, ou autres dégénérations analogues; la peau, qui ne tarde pas à se ressentir de son influence, devient le siége de diverses croûtes herpétiques et autres. Enfin, les organes intérieurs, tels que ceux de la respiration, des sécrétions, souffrent bientôt sympathiquement. Mais, au milieu de ce grand état pathologique, le système nerveux et ses dépendances, semblent rester intact ou s'en moins ressentir. Ainsi donc, cette affreuse maladie peut attaquer chaque tissu isolément, car on a vu le système lymphatique lui-même jouir de cette singulière prédilection. Ce dernier fait se confirme par des exemples d'affections herpétiques chroniques, ulcérées, occupant la presque totalité du système dermoïde, sans que la moindre grosseur ne se manifeste aux glandes du cou, etc.

Les praticiens, surtout les modernes, ont reconnu que les jeunes sujets, ou d'un âge moyen, du tempérament dit scrofuleux, sont quelquefois atteints de gonflemens à un testicule ou à tous les deux à la fois, sans cause apparente ou connue; que les glandes lombaires et mésentériques, deviennent d'un volume énorme (de la grosseur de la tête); que le système cutané, musculaire osseux, comme nous l'avons déjà dit, ainsi que les viscères des trois grandes cavités, sont souvent désorganisés, ou au moins troublés dans leurs fonctions; qu'enfin la maladie scrofuleuse atteint aussi le système sensitif ou nerveux, système qui a tant d'empire sur notre organisme.

A l'âge de puberté, la maladie scrofuleuse occasione assez souvent de grands désordres dans les organes respiratoires, sans que pour cela elle décèle sa présence dans les glandes du cou, du mésentère et autres parties du corps.

Ces faits incontestables ont conduit à prouver que les tumeurs qui se forment sous les parois de la dure-mère, ont souvent pour origine la diathèse scrofuleuse.

D'après ces vérités, il semblerait raisonnable de dire, et c'est l'opinion de plusieurs écrivains, que lorsque l'affection scrofuleuse se déclare, il se développe progressivement une force vitale dans les parties les plus sensibles, et par conséquent les plus vives, celles surtout où se concentrent les mouvemens organiques, telles que le système nerveux et le cérébral; c'est pourquoi il n'est pas rare de voir, dans ces manifestations scrofuleuses, se déclarer des maladies qui leur appartiennent. De là, ce développement excessif de la masse cérébrale, développement qui rend compte de cette précocité énergique des facultés intellectuelles chez les sujets qui en sont atteints, de leur vivacité, etc. Mais, souvent aussi, ce développement anormal du centre des sensations produit un effet contraire dans des sujets, surtout nés de parens malsains, susceptibles de transmettre à leurs enfans une telle idiosyncrasie, qui les dispose à cette affection scrofuleuse qui est accompagnée ou suivie d'une sérosité abondante, d'une sécrétion séreuse du système sanguin cérébral, et d'une inactivité dans les absorbans de ce viscère, d'où naissent ces hydrocéphales, etc. Il est prouvé que l'hydrorachis et l'hydrocéphale sont fréquentes chez les fœtus et les nouveau-nés qui ont une telle disposition organique. *Lieutaud*, *Mangeto*, le grand *Morgagni*, et les mélangesdes curieux de la nature, en ont parlé avant nous; enfin, dans cet exposé, je crois avoir prouvé ou au moins expérimenté que l'affection scrofuleuse ne respecte aucune partie de notre organisation; que tantôt elle se concentre sous un seul point, et que tantôt elle envahit plusieurs systèmes à la fois; qu'elle les détériore et les transforme de mille manières.

Il est donc permis de croire, d'après toutes les connaissances que l'on a acquises sur la nature, la marche et les progrès de la maladie scrofuleuse, que le fongus médullaire de *Maunoir* et d'autres dits fongus hématodes, sont presque

toujours de nature strumeuse, qu'on peut appeler maligne. Tous les auteurs qui ont écrit sur le fongus hématode et médullaire, sont tous d'accord sur le point principal : que les sujets qui en sont atteints, sont habituellement d'une constitution faible, d'un aspect féminin et d'une complexion tout-à-fait scrofuleuse; enfin, si on peut s'exprimer ainsi, sont glanduleux.

Dans ses leçons, *Scarpa* donne un tableau tellement fidèle du fongus médullaire du testicule, qu'il est impossible de ne pas le distinguer des autres affections de cet organe. La dernière traduction de MM. *Fournier*, *Bégin*, etc., donne des détails satisfaisans sur le fongus hématode de l'œil.

Comme je l'ai déjà dit, dans le cours de ce mémoire, tout état morbide, organique, de quelque genre qu'il soit, provient d'une augmentation vitale, d'un état phlogistique qui altère les tissus, et souvent sans qu'aucun indice ne décèle sa présence, sinon quand la maladie est déjà trop avancée et toute prête à détruire les parties; et si l'on considère de nouveau la marche lente et graduée du squirrhe, ses causes prédisposantes et occasionelles les plus fréquentes, comme les contusions (1), les suppressions périodiques, les pertes et autres anomalies, je suis dans la plus intime conviction que le fongus médullaire (et autres), commence par une inflammation interne. C'est aussi l'avis du docteur *Donegana*. D'après cette idée, et selon l'observation, on peut expliquer, de la manière suivante, les progrès physiologico-pathologiques qui ont lieu dans l'œil menacé ou atteint de fongus hématode médullaire : c'est probablement par les vaisseaux de la rétine, comme je l'ai dit dans le commencement de ce mémoire, que l'affection se communique à tout l'appareil visuel; la maladie qui est bientôt transmise à l'humeur vitrée, arrive à la lentille cristalline, sans pourtant encore occasioner de désordres graves aux parties qui composent l'œil. Mais ensuite, le

---

(1) Les causes de l'inflammation glandulaire sont les plaies, la compression, mais surtout les irritations spécifiques.

fluide morbide continuant de s'accumuler, heurte la rétine et la pousse contre la pupille qui devient alors opaque par l'effet du contact mécanique de l'une contre l'autre. L'irritation communiquée à l'iris, et produite par l'accroissement successif de la tumeur, concourt à réveiller dans ces parties une inflammation qui devient plus intense par le frottement de l'iris contre la cornée. Dans cet état, toujours croissant, la cornée s'ulcère et laisse transsuder une humeur jaunâtre; alors la rétine paraît au contact de l'air et s'enflamme davantage. C'est à ce degré pathologique que commence la dégénérescence ou fongus malin.

Je le répète, je ne suis pas éloigné de croire que ces progrès pathologiques sont souvent dus à une disposition scrofuleuse, ou bien alimentés par d'autres vices inconnus; mais je donne exclusivement la préférence au premier, par la raison qu'une matière albumineuse et surabondante, existe également dans les parties affectées de scrofules et dans les humeurs de l'œil malade.

D'après l'analogie interne de ces humeurs, on peut donc se rendre compte de celle, non moins semblable, qui existe dans le fongus médullaire, dans ses parties voisines ou éloignées, ayant le même aspect, molle, blanchâtre, cérébriforme, enfin, pareille à celle des scrofules du mésentère malade, de l'ovaire et du testicule. Selon cet exposé, on doit rester convaincu qu'il faut admettre en principe général, un état primordial qui alimente une telle dégénération de l'œil, un principe scrofuleux, enfin qui domine dans la tendre jeunesse. En effet, le produit de l'ophtalmie interne, qui n'est pas alimenté par un principe général, est si différent et si simple que, si cette inflammation de l'œil se termine par une opacité ou un épanchement d'humeurs dans les membranes de l'œil, jamais il ne parvient à cette grave dégénérescence médullaire dont nous nous occupons, et ne détruit pas les autres parties; au lieu que quand une phlegmasie de l'organe de la vue est entretenue par un vice général ou constitutionnel, comme dans l'affection scrofuleuse, elle fait des progrès plus ou moins rapides, elle dégé-

nère en une affection plus grave, comme le fongus médullaire. L'expérience a aussi démontré que, dans ce dernier cas, l'extirpation de cette cruelle maladie manque de succès, et qu'elle ne tarde pas à repulluler avec plus de malignité, enfin quelle hâte la fin prématurée des pauvres malades. Si, dans ma pratique, j'ai obtenu quelques succès, je confesse ne les devoir qu'à l'état de simplicité dont j'ai parlé plus haut.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS.

Le globe de l'œil et les paupières m'avaient fréquemment présenté des tumeurs de différente nature, sans jamais m'être occupé ni des caractères qui peuvent servir à les distinguer, ni des noms que les auteurs leur ont imposés; lorsque, passant par Genève, à mon retour d'Italie, en 1820, j'eus l'avantage de m'entretenir avec M. le docteur *Maunoir*, qui me reçut avec beaucoup d'aménité, sous la recommandation du célèbre *Scarpa*. J'appris de ce chirurgien distingué les différences qui existent entre les diverses tumeurs de l'œil et de ses annexes: j'ai revu dans son mémoire (1), qu'il a bien voulu m'offrir, quels sont les signes qui peuvent les faire connaître. Depuis cette époque, j'ai observé avec plus d'attention, et j'ai recueilli sur les fongus médullaire et hématode plusieurs observations qui ne sont pas sans intérêt, mais qui, malheureusement, ne confirment que trop bien une partie du jugement porté par ce chirurgien du premier mérite. En effet, sur plus de vingt opérations que j'ai eu occasion de pratiquer, dans l'espace de quinze années, six seulement ont eu quelques succès. Je vais en offrir les détails, afin de pouvoir ajouter ces faits à ceux déjà connus.

---

(1) Mémoire sur les fongus médullaire et hématode. Genève et Paris, 1820.

FONGUS MÉDULLAIRE.

Ire OBSERVATION.

Dans la première année que je m'établis à Lille, un enfant des environs, âgé de huit ans, me fut amené par son père. Il portait au côté gauche de la face une tumeur d'un volume énorme. Examinée avec soin, je la reconnus pour être le globe de l'œil lui-même fortement dégénéré. On remarquait à sa partie antérieure une ulcération qui occupait la cornée transparente et l'iris. La sclérotique, servant d'enveloppe à presque toute la tumeur, présentait un abcès qui se déchirait par intervalle, laissant échapper le pus; puis se refermait jusqu'à ce qu'enfin il s'ouvrît de nouveau. Lorsque la tumeur était fermée, l'enfant souffrait beaucoup; il jetait des cris affreux quelques jours avant qu'elle ne perçât. La matière qui en sortait était un liquide purulent mêlé de sang.

Cette maladie reconnaissait pour cause productive un coup de poing reçu sur l'œil; il y eut d'abord extravasation de sang; le globe devint douloureux, il augmenta progressivement, et acquit enfin tant de volume qu'on fut obligé de le soutenir avec une bande.

L'opération étant jugée indispensable, je la pratiquai dans le mois de mars 1810, en présence du docteur *Latour*, l'un des praticiens habiles de la ville.

L'opération fut faite sans de grandes difficultés; j'incisai l'angle externe des paupières, je dégageai la tumeur de manière à pouvoir parvenir à sa base; lorsque j'y fus, je la coupai en deux ou trois coups, elle tomba sur la serviette que j'avais préalablement placée autour du cou de l'enfant. L'hémorrhagie fut peu considérable; de la charpie sèche fut seule introduite dans la cavité orbitaire; elle y fut maintenue par un bandage approprié. Le premier pansement fut fait le troisième jour: la suppuration commençait à s'établir; le cinquième jour il fut pansé pour la seconde

fois. Je cessai alors de le voir, l'enfant n'ayant pu rester plus long-temps à la ville, vu la pénurie des moyens pécuniaires du père; il la quitta sans m'adresser le plus léger remercîment, *récompense très-simple et fort ordinaire dans l'exercice de la pratique.*

Deux ans après, j'eus occasion de revoir le père, qui, d'après mon désir, m'amena son enfant; je vis avec plaisir que la guérison était complète. Les soins qu'on lui avait donnés n'avaient pas été bien grands; on s'était borné à le laver avec de l'eau tiède, et à le panser avec de la charpie sèche, ainsi qu'on me l'avait vu faire les premiers jours.

Anatomie pathologique de la tumeur.

Le globe de l'œil, du volume d'une grosse pomme de grenade, était très-dur, bosselé sur ses parties latérales et ulcéré antérieurement. Partagé en quatre parties, je trouvai un grand nombre de poches remplies d'une matière gélatineuse de couleur et de consistance différentes.

IIe OBSERVATION.

Me trouvant dans le département de l'Aisne, au mois de décembre 1827, je vis à l'hospice civil et militaire de Laon un ancien artilleur, âgé de 56 ans, portant une énorme tumeur, formée par le globe dégénéré, qui lui faisait éprouver des douleurs continuelles, extrêmement vives. Engagé par M. *Cousin*, chirurgien de l'hôpital, et vivement sollicité par le malade, je tentai l'ablation de la tumeur. Comme les paupières en couvraient la moitié, je fus obligé de les disséquer, et de les relever pour pouvoir porter mon instrument au fond de l'orbite. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que je pus parvenir à l'entière ablation de la partie affectée. Le malade perdit une grande quantité de sang dans le moment de l'opération et dans la nuit suivante.

Les pansemens furent confiés à M. le docteur *Cousin*, qui m'écrivit que la tumeur avait reparu, et qu'elle était devenue plus grosse que jamais, deux mois après l'opéra-

tion, et que dans le courant du troisième mois, la mort avait mis fin aux souffrances de ce malheureux.

Anatomie pathologique de la tumeur.

L'œil avait acquis le volume de la tête d'un enfant nouveau-né; il était ulcéré dans toute sa partie antérieure, et il en découlait une suppuration abondante et infecte, mêlée à beaucoup de sang. La base était grosse comme le poing, et la cavité orbitaire était extrêmement dilatée. L'intérieur de la tumeur était formé par une matière purulente très-fétide.

IIIe OBSERVATION.

Lors de mon séjour à Vesel, en Wetsphalie, je pratiquai sur une petite fille, âgée de dix ans, l'opération d'une tumeur oculaire, grosse comme un œuf de dinde, ayant une base très-petite. Une incision à l'angle externe des paupières, deux coups de bistouri pour détacher les paupières, et un seul coup au fond de l'orbite pour détacher la base, suffirent pour la faire tomber avec facilité.

Aucun accident ne suivit l'opération, et, trois ans après, je reçus une lettre du médecin de la maison, m'annonçant que l'enfant était parfaitement guéri, et qu'on pourrait, par la suite, placer sur le moignon du fond de l'orbite un œil artificiel.

Anatomie pathologique de la tumeur.

Les différens caractères que nous avons observés dans la dissection de la première tumeur se retrouvaient dans celle-ci. On y voyait cette substance gélatiniforme qu'on rencontre presque constamment dans les affections de cette nature.

IVe OBSERVATION.

La fille Carette, âgée de 19 ans, de la commune de Boay, département du Pas-de-Calais, me fut présentée pour une tumeur qu'elle portait à l'œil gauche; son volume équiva-

fait à peu près à la tête d'un fœtus de six mois. L'opération étant jugée nécessaire, je la pratiquai, en suivant la marche précédemment indiquée, en présence de M. *Cuvillier*, chirurgien en chef de l'hôpital d'Arras. Ce praticien voulut bien se charger des pansemens; et, par deux lettres qu'il m'écrivit (1), il m'annonçait qu'après plusieurs accidens inflammatoires, heureusement combattus, la malade fut parfaitement guérie quarante-cinq jours après l'opération.

Anatomie pathologique de la tumeur.

Son aspect extérieur était jaunâtre, uni et sans ulcération; elle renfermait une substance médullaire et graisseuse, ramassée en mamelons; quelques-uns de ceux-ci avaient une consistance cartilagineuse, qui renfermait une matière médullaire et sanguinolente. Mais le phénomène le plus extraordinaire, ce fut une pelote de cheveux ou poils frisés, qui se trouva au côté antérieur et externe de la tumeur, renfermés dans une enveloppe membraniforme.

FONGUS HÉMATODE.

Ve OBSERVATION.

Quelque temps après avoir pratiqué l'opération précédente, je vis à Saint-Pol, département du Pas-de-Calais, une femme nommée Decroix, âgée de 28 ans, présentant une tumeur, que l'on jugea ne pouvoir être détruite que par l'opération; en conséquence, je la pratiquai en présence de M. le docteur *Jussy*, qui se chargea des pansemens, et qui eut la complaisance de me faire connaître que l'entreprise a été couronnée d'un succès complet.

Anatomie pathologique de la tumeur.

Elle était molle, spongieuse, s'écrasant facilement sous

---

(1) L'une datée du 17 août 1820, et l'autre à la fin de 1822.

les doigts, formée, dans l'intérieur, d'une multitude de petites mailles remplies de sang.

VIe OBSERVATION.

La femme Gourmet, âgée de 27 ans, de Saint-Priest, département de l'Isère, vint me consulter à Lyon, en 1819; elle portait une tumeur, grosse comme une noix, au grand angle de l'œil gauche, au-dessus du muscle orbiculaire des paupières; elle présentait des pulsations, et diminuait par la compression. La seule incommodité que cette femme éprouvât, était de ne pouvoir ouvrir librement la paupière supérieure. Cependant elle avait consulté plusieurs hommes de l'art, qui tous avaient refusé de lui faire une opération. Je ne fus pas arrêté par les craintes de mes confrères, j'ouvris la tumeur d'un seul coup de bistouri, et presque aussitôt il en sortit une quantité de sang si grande, qu'on aurait pu croire à la lésion d'une artère assez volumineuse; ce n'est qu'avec beaucoup de peine que je parvins à arrêter cette hémorrhagie.

A la levée du premier appareil, qui eut lieu le troisième jour, il sortit une aussi grande quantité de sang qu'au moment de l'opération. Cette hémorrhagie ne céda ni à l'application de charpie saupoudrée de colophane, ni à l'eau de Rabel; je commençais à me repentir d'avoir tenté l'opération, lorsqu'il me vint à l'idée d'introduire, au deuxième pansement, un gros morceau de nitrate d'argent, qui, en se fondant, cautérisa les parties, et produisit une escharre qui s'opposa à toute hémorrhagie ultérieure. Bientôt la suppuration s'établit, et, après un mois de traitement, la malade était parfaitement guérie.

En 1824, j'ai publié, dans les *Archives générales de médecine*, les observations que l'on vient de lire; aujourd'hui je peux ajouter deux autres cas : le premier s'est présenté à la Haye, sur une demoiselle âgée de treize ans (1); cette

(1) *Voyez* figure 1re.

jeune personne, qui portait sur l'œil droit un fongus hématode d'une grosseur assez considérable, mourut trois semaines après l'opération. La nature et le caractère de cette hypertrophie pathologique de l'œil étaient les mêmes que ceux des fongus hématodes ci-dessus décrits. Je ferai seulement remarquer que ce malheureux enfant a éprouvé des douleurs de tête et du fond de l'orbite plus fortes que celles qu'il ressentait avant d'être opéré.

La seconde observation est celle de la petite Pauline (1), âgée de trois ans seulement; elle portait un fongus médullaire du globe de l'œil gauche, avec commencement de la même affection de l'œil droit. Cette opération, que j'ai pratiquée dans les premiers jours de juillet 1829, à Rennes, à l'hôpital de Saint-Yves, en présence de MM. les docteurs *Perier* et *Duval*, médecin et chirurgien de cet établissement, a été suivie de plusieurs autres (2).

Après dix jours de traitement dans cet hôpital, la petite malade partit pour son pays, à quelques lieues de Rennes; je recevais de ses nouvelles deux fois par semaine. Lors de son départ, la suppuration était de bonne nature; la fièvre, qui s'était manifestée douze heures après l'opération, avait cessé; l'appétit, qui avait disparu les premiers jours, avait repris son empire.

Cette affection existait depuis neuf à dix mois.

État pathologique.

Je fendis les deux paupières à l'angle externe, pour avoir plus de facilité à pénétrer au fond de l'orbite, près du nerf optique, avec un bistouri convexe; je coupai circulairement ce dernier au niveau du trou orbitaire, et j'emportai cette masse, de nature cérébriforme; une partie était blanchâtre, une autre lardacée, et un peu plus ferme que dans d'au-

---

(1) *Voyez* fig. 2.

(2) J'ai opéré, entre autres, une femme cataractée, âgée de 47 ans, accouchée depuis peu de temps, et nourrissant son enfant. Avis à celles qui craignent de se marier après la quarantaine, parce qu'elles croient ne point avoir d'enfans à cet âge.

tres points. Tous les muscles étaient compris dans cette tumeur dégénérée, et tenaient à elle par un tissu cellulaire lâche; le nerf optique seul avait conservé sa dureté ordinaire; la sclérotique, qui dans l'état naturel est aussi très-dure, était beaucoup ramollie. La tumeur était environnée d'une masse graisseuse, molle et adhérente aux parties adjacentes; enfin, toutes les parties de l'œil étaient difficiles à distinguer, et formaient un tout presque homogène.

L'œil droit n'était pas enflammé, la pupille plus dilatée que dans l'état normal. Sur l'iris on apercevait quelques lignes de vaisseaux rouges; à travers la pupille on remarquait au fond de l'œil une tache blanche (1). Nul doute que c'était la rétine, en partie désorganisée; cependant la vue n'était pas totalement anéantie, mais l'enfant paraissait souffrir. C'est à l'âge de quinze mois que la même tache commença à être distincte, tandis que ce n'était que depuis neuf à dix mois que celle de l'œil droit avait commencé à paraître (2).

OBSERVATION

EXTRAITE DE LA THÈSE DE M. BAUER.

L'enfant Pierre Herion de Schœnau, âgé de 4 ans, était vif, alerte, doué de beaucoup d'esprit pour son âge, et bien constitué sous le rapport physique. Jamais, depuis sa naissance, sa fonction visuelle n'a été troublée : c'est, du moins, ce qu'assura sa mère. Mais bientôt, après l'inoculation de la vaccine, lorsque l'enfant avait atteint l'âge de neuf mois, la mère aperçut dans la pupille de l'œil droit une tache jaune de la grandeur d'un grain de millet; cette tache ne parut exercer aucune influence défavorable sur la vision; son origine ne put être attribuée à aucune cause apprécia-

(1) J'ai rencontré, il y a deux ans, à Rotterdam, la même plaque ou tache chez une jeune fille. Je la pris d'abord pour une cataracte capsulaire, mais l'introduction de l'aiguille me prouva le contraire. L'œil droit était atrophié.

(2) La fig. 3 représente le commencement de l'affection.

ble; aucun phénomène morbide ne l'avait précédée. Elle gagna rapidement en étendue, tellement qu'au bout de trois semaines elle occupait toute la pupille, et interceptait le passage aux rayons lumineux. Les choses restèrent à peu près trois semaines dans cet état. Après cet intervalle, l'œil gauche, qui était resté intact jusque là, fut pris de la même affection que celui du côté opposé, et le jeune malade devint totalement aveugle. C'est à cette époque qu'il fut admis à la clinique chirurgicale. Il avait alors un peu plus d'un an.

Lors de la première visite, on observa dans le fond de l'œil droit, vers l'insertion du nerf optique, un corps trouble d'un jaune verdâtre; la pupille, dilatée et immobile, en était entièrement masquée. Du reste, ni la couleur de l'iris, ni le contour du globe de l'œil ne présentaient la moindre anomalie. Le corps qui troublait la pupille de l'œil gauche avait une teinte plus grisâtre; il était plus retiré vers le fond de l'organe; la pupille était dilatée, immobile, et la vision tout-à-fait annulée, ainsi que cela avait lieu pour l'œil du côté opposé.

Dans cet état, les deux yeux simulaient absolument des cataractes, et un oculiste expérimenté, qui se trouvait par hasard à la visite, s'en laissa imposer par l'apparence. Cependant la santé générale de l'enfant ne fut point troublée; son développement physique continua, et les deux yeux restèrent pendant long-temps dans l'état que nous venons de décrire.

Au printemps et en été de 1821, lorsque le petit malade avait trois ans et demi, on vit de temps à autre survenir des inflammations aux deux yeux. Les deux paupières se collèrent l'une à l'autre; il y avait beaucoup de chaleur, une soif vive et continue, et une transpiration abondante à la tête. C'est alors aussi que l'état de l'œil droit empira; le corps opaque qu'on y remarquait, gagna en étendue, prit une couleur d'ambre et un aspect sillonné; bientôt il vint à traverser la pupille et à remplir la chambre antérieure. L'œil augmenta de volume; la sclérotique prit une teinte

livide; la cornée se troubla peu à peu, et finit par devenir tout-à-fait opaque; elle était incessamment poussée en avant par le corps qui se développait dans l'intérieur de l'organe visuel. La conjonctive se tuméfia; des vascularités nombreuses s'y développèrent, et vinrent s'étendre jusque sur la cornée, qu'elles recouvrirent d'une espèce de réseau. Bientôt l'œil, qui continuait toujours à grossir, sortit de l'orbite en refoulant les deux paupières, l'une en haut et l'autre en bas. Pendant ce temps, le corps trouble de l'œil gauche s'était transformé en une masse jaunâtre, de grise qu'elle était; la surface en était devenue sillonnée et comme granuleuse : cette masse remplissait la chambre postérieure, et refoulait en avant l'iris qui avait perdu sa contractilité. La cornée n'était pas encore troublée, et le globe oculaire avait son volume ordinaire. Vers la fin de l'été, le malade se plaignit fréquemment de douleurs dans l'œil; ces douleurs étaient si fortes, qu'elles l'empêchaient de dormir. L'appétit était faible, la soif continue. Au mois de novembre, l'œil droit avait gagné considérablement en volume, et faisait fortement saillie hors de l'orbite. De sa surface suintait un ichor sanieux assez abondant, qui irritait la paupière inférieure. Une masse rouge et spongieuse s'élevait de la partie supérieure et externe du globe, et faisait éprouver au doigt qui l'examinait, *la sensation trompeuse d'une fluctuation.* La face interne de cette masse présentait un endroit ulcéré, qui se couvrait souvent d'une croûte jaunâtre lorsque l'enfant ne frottait pas l'œil; cette croûte n'adhérait pas fortement, et se trouvait toujours emportée par la sanie qui venait la détacher. La cornée de l'œil gauche n'était pas encore altérée, mais elle jetait un certain éclat argentin. La masse, qu'on observait dans la chambre postérieure, avait une couleur d'ambre, sa surface était sillonnée, et simulait une agglomération de petits ganglions; elle traversait la pupille, qui était dilatée, et dont on n'apercevait plus qu'un cercle noir extrêmement étroit, et elle venait faire saillie dans la chambre antérieure, en poussant le reste de l'iris en avant, surtout inférieurement. Tout au-

tour de la cornée, on observait un cercle blanchâtre, opaque. Le globe de l'œil parut avoir diminué dans tous ses diamètres, et s'être retiré vers le fond de l'orbite. Dans la conjonctive de la sclérotique on aperçut quelques vaisseaux sanguins.

Plusieurs moyens furent employés durant le cours de cette maladie, mais sans le moindre résultat, comme on pouvait bien s'y attendre. Convaincu de l'incurabilité du mal, mais cédant aux instances des parens, le professeur fit l'extirpation de l'œil droit le 23 novembre. L'opération ne présenta rien de particulier ; aucun accident grave n'en fut la suite ; et, au bout de six semaines, la plaie était presque entièrement cicatrisée.

L'œil extirpé était encore enveloppé de sa sclérotique, et n'avait point précisément augmenté de volume; l'augmentation apparente de son volume avait seulement était déterminée par la masse spongieuse qui occupait la partie supérieure et externe du globe, et dont nous avons parlé plus haut. Le tissu cellulaire du pourtour de l'œil était mou et sans traces de désorganisation; les muscles de l'orbite n'avaient pas éprouvé d'altération non plus. La structure de la sclérotique ne paraissait pas changée; seulement elle était couverte par la masse spongieuse à l'endroit déjà signalé; on pouvait parfaitement bien distinguer son mode d'union avec la cornée. Celle-ci avait perdu toute sa transparence, et ressemblait entièrement, pour l'aspect, à la sclérotique. En fendant le globe oculaire dans la direction du nerf optique (près de l'insertion duquel on observait un aggrégat de substance noire particulière), on le trouva rempli d'une masse brune jaunâtre, grumeleuse; celle-ci paraissait liée par un tissu cellulaire très-fin, elle s'écrasait facilement sous le doigt, et contenait dans son intérieur de petites concrétions sablonneuses reconnaissables au toucher et par leur bruit sous le couteau. Ces espèces de graviers se trouvaient en plus grande abondance près de l'entrée du nerf optique, et constituaient en cet endroit un corps gris noirâtre de la dimension d'un petit haricot, et formé principalement de

phosphate de chaux et d'une matière animale. La masse de l'intérieur de l'œil, dont la structure n'était rien moins que médullaire, fut détachée avec précaution de la sclérotique ; on vit alors vers la partie supérieure et externe de cette membrane, un endroit très-aminci et comme perforé, d'où la tumeur spongieuse avait pris son développement. Cette dernière tumeur contenait dans son intérieur de la matière encéphaloïde, et ne paraissait être dans aucun rapport de liaison avec la masse contenue dans l'intérieur du globe. On ne pouvait plus reconnaître aucun tissu dans l'œil, si ce n'est une portion de choroïde qui se présentait sous forme d'une lamelle noire enveloppée par la masse brune jaunâtre, laquelle semblait s'être glissée entre la choroïde et la sclérotique.

Après cette opération, l'œil gauche resta à peu près quinze jours dans l'état que nous avons décrit plus haut. Dans la troisième semaine, il parut encore plus applati et plus retiré dans l'intérieur de l'orbite qu'auparavant. La pupille était davantage tiraillée en dedans, et l'iris ne se reconnaissait plus qu'à un petit cercle noir qui entourait la pupille ainsi déformée. La cornée était applatie, mais elle avait conservé sa transparence, et permettait de voir la masse médullaire, dont la couleur était celle de l'or mat, et qui, sans avoir précisément augmenté de volume, selon les apparences, s'était avancée davantage. Le cercle blanc et opaque qui entourait la cornée, s'était agrandi, et avait pris l'aspect de ce qu'on nomme l'*annulus senilis* chez les vieillards. L'œil resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de janvier 1822, où l'enfant quitta la clinique.

Lorsque, le 22 janvier, le même garçon reparut à la clique, on vit une tumeur spongieuse s'élever de l'endroit non encore cicatrisé de l'œil qui avait été opéré. Cette tumeur s'était tellement emparée des deux paupières, que celles-ci formaient en quelque sorte un rempart à l'entrée de l'orbite. L'œil gauche ne présentait pas de changement bien appréciable; cependant le cercle blanc parut encore plus opaque, et l'œil semblait s'être retiré davantage. A l'angle de la mâ-

choire inférieure du côté gauche, on remarqua une tumeur dure; ce n'était probablement qu'une glande lymphatique engorgée. La santé générale de l'enfant était considérablement dérangée; il n'avait plus l'esprit aussi éveillé; l'appétit lui manquait; il avait beaucoup de soif, souvent de la chaleur, la tête lourde, une grande tendance au sommeil.

Dix jours après, le 2 février, la tumeur avait déjà fait des progrès terribles, principalement tout autour du bord de l'orbite; la peau qui la recouvrait avait une teinte livide. Il y avait quatre grandes saillies fongueuses qui sortaient de l'orbite, et dont la principale occupait l'angle externe de l'œil; elles saignaient facilement par le contact, et souvent spontanément; il s'en écoulait un ichor sanieux qui érodait la paupière inférieure. L'œil gauche était toujours dans le même état. Plusieurs glandes engorgées se remarquaient à la tête et au cou. L'enfant se plaignait de douleurs dans l'orbite du côté droit; il était fort sensible, et pleurait très-souvent. Quoiqu'il n'eût pas encore beaucoup maigri, on ne put cependant pas méconnaître la présence d'une petite fièvre hectique. Le développement de la tumeur se faisait d'une manière très-rapide, surtout vers la partie externe de l'orbite : on le pansa avec le baume de *Locatelli*.

Vers la fin d'avril, le fongus avait acquis un volume énorme; le malade était faible, il avait maigri, son appétit était presque nul, et il passait la plus grande partie du temps tranquillement dans son lit.

Un mois plas tard, la tumeur était devenue presque aussi volumineuse que la tête; elle occupait le devant de l'orbite, descendait jusqu'à la mâchoire inférieure, couvrait toute la moitié droite du nez, et s'étendait jusque derrière l'oreille droite. Elle sécrétait une sanie dont l'odeur infecte rappelait celle d'un corps animal en putréfaction. Le malade n'avait plus que la peau sur les os : cependant ses facultés intellectuelles s'étaient conservées intègres, et il n'y avait pas non plus de symptômes comateux.

Le 8 juin, enfin, vers le soir, il mourut subitement dans un état d'épuisement complet, après avoir encore parlé peu de minutes avant sa fin.

Le 9, au soir, on sépara la tête du tronc, et, comme le professeur de clinique, M. *Chelius*, était absent, on la mit dans l'alcohol jusqu'à la matinée du 12, où on procéda à l'examen anatomique.

Après avoir ouvert le crâne et incisé la dure-mère, on souleva les lobes antérieurs du cerveau, et on remarqua une tumeur qui était placée entre la dure-mère et les parois osseuses de la cavité crânienne. Cette tumeur, autant qu'on en pouvait juger par le premier aspect, couvrait la voûte orbitaire du frontal, la lame criblée de l'étmoïde (antérieurement), les petites ailes du sphénoïde (près de leur base), et s'étendait jusqu'à la selle turcique. Le volume des nerfs optiques était de beaucoup diminué; leur aspect était d'un gris rougeâtre, tirant sur le noir; leur intérieur ne consistait que dans une masse gélatiniforme. Les autres nerfs de l'orbite n'offraient point de traces d'altération; mais ils étaient évidemment plus grêles, plus faibles que dans l'état normal.

Lorsqu'on eut enlevé le cerveau, on vit que l'extrémité arrondie de la tumeur s'étendait jusque dans la fosse cérébrale moyenne. On incisa la dure-mère, on la sépara avec précaution de la tumeur qu'elle recouvrait, et à laquelle elle était fortement adhérente; la tumeur était d'une consistance molle, et ressemblait presqu'à de la bouillie. En la soulevant de dessus la voûte orbitaire, on trouva que la table osseuse était usée et percée de tout petits pertuis par lesquels venaient des filamens très-grêles (peut-être des vaisseaux sanguins) se rendre dans le fongus. Celui-ci communiquait avec l'orbite à travers la fente sphénoïdale.

On emporta ensuite la portion orbitaire du frontal droit, afin de poursuivre l'examen du nerf optique. Ce nerf avait dans l'orbite le même aspect que nous avons déjà indiqué plus haut; sa gaîne ne renfermait aucun liquide (du moins lors de l'autopsie); il était atrophié; il n'avait pas une ligne de diamètre, et se présentait sous la forme d'un faisceau de fibres médullaires faiblement liées ensemble. Près de son entrée dans la cavité orbitaire, et sur son côté in-

terne, on vit quelques points noirâtres. Le nerf lui-même se terminait subitement dans la tumeur, en offrant un léger renflement à son extrémité.

Tout l'orbite était rempli par la tumeur, qui en avait écarté les parois dans tous les sens. En beaucoup d'endroits, la súrface osseuse était dénudée et cariée, surtout vers l'angle externe de l'œil. La partie orbitaire de l'os zygomatique était complètement détruite; le reste de cet os était poussé en avant, et son apophyse frontale pénétrait librement dans la tumeur. L'ouverture ainsi produite par la destruction d'une grande partie du zygomatique, avait permis au fongus de pulluler par là, et de prendre un développement prodigieux dans la région temporale. Le périoste, qui restait, était sain, ainsi que les bouts restans des muscles de l'œil.

Quant à l'œil gauche, il était fortement rétracté dans l'orbite; il était petit et atrophié. Le nerf optique était dans l'état que nous avons déjà indiqué plus haut. Lorsqu'on eut fendu l'œil dans la direction du nerf, on vit que la chambre antérieure n'avait point totalement disparu; pour toute iris, il n'y avait plus qu'une petite lamelle d'une teinte sale, derrière la cornée. Le milieu du globe de l'œil était rempli par une masse d'un blanc jaunâtre, qui contenait beaucoup de concrétions pierreuses pareilles à des grains de sable : cette masse était immédiatement enveloppée par un reste de choroïde, qui y pénétrait un peu antérieurement, et qui était reconnaissable à sa couleur noire. Le corps vitré et le cristallin avaient entièrement disparu.

Le cerveau ne présentait aucune lésion organique, seulement les parties desquelles les nerfs optiques tirent leur origine, parurent-elles moins développées que dans l'état normal : cette particularité était surtout frappante du côté droit.

DIFFÉRENS CAS DE FONGUS HÉMATODE DE L'ŒIL,

Avec un essai sur les deux espèces de ce mal et sur le cancer de l'œil;

PAR ALEX. H. STEVENS, d. m.,

Chirurgien de l'hospice de New-York, médecin consultant au dispensaire de New-York, et lecteur de la chirurgie clinique;

Traduit de l'anglais, par le Dr LUSARDI.

Ire OBSERVATION.

UNE négresse nommée Isabelle Jonhson, âgée de 37 ans, entra à l'hospice de New-Yorck, pour s'y faire traiter d'un fongus hématode qui s'avançait hors de l'orbite de l'œil gauche. Cette tumeur forgetait sur la plus grande partie de la joue, et s'étendait latéralement depuis l'aile gauche du nez jusqu'à la tempe gauche. Sa partie la plus saillante est de trois pouces et demi du bord de l'orbite; sa circonférence mesurée aussi près de la figure que possible, est de neuf pouces. Elle est modérément dure, et nullement douloureuse au toucher; à l'intérieur elle est converte d'une peau enflée, mais saine; l'intérieur en est tendre, luisant, transparent et parsemé de protubérances à peu près de la grosseur d'une dragée, ayant l'apparence d'être couvertes par la conjonctive. On voit un grand nombre de vaisseaux sanguins se ramifier sous elle. Le nez est excorié par la pression. La partie antérieure et la plus saillante du fongus est dans un état d'ulcération; une peau livide, ressemblant à du pus desséché, la couvre en partie, et l'on aperçoit des taches d'un pourpre foncé à la place où cette peau est usée par le frottement. La tumeur est irrégulièrement tuberculée; les bords en sont retournés. Elle ne saigne pas facilement. La prunelle, en partie couverte par la paupière supérieure et inférieure, et poussée hors de son orbite, est très-aplatie par devant et par derrière, mais nullement plus large. Elle occupe la par-

tie supérieure et extérieure de la tumeur dans laquelle elle est enclavée, nonobstant quoi elle est susceptible de petits mouvemens volontaires. La partie supérieure de la cornée qui est visible, est aplatie et presque transparente. La rétine et l'iris ne découvrent aucune altération organique. La première est cependant insensible au toucher; la seconde est immobile. Le diamètre de la pupille est égal à environ la moitié de la cornée. La sécrétion des larmes n'est point interrompue; les glandes sub-maxillaires du côté gauche sont très-enflées. Il y a aussi une tumeur glanduleuse au-dessous de l'articulation gauche de la mâchoire inférieure. Ces nœuds sont mobiles, et, comme la tumeur principale, insensibles au toucher. La patiente est tant soit peu comateuse; elle éprouve, principalement vers le soir, une douleur, qui prend son origine derrière la tête, et s'étend jusqu'à la tempe gauche, ce pour quoi elle a pris de la teinture d'opium. Elle est maigrie depuis peu de temps; les menstrues ont été régulières. L'œil droit est entièrement sain. Elle prétend qu'il y a environ six ans que son œil gauche faiblit, après une attaque de rougeole, qu'une année après il commença à enfler, et que six mois avant son entrée à l'hospice, la tumeur était de la grosseur d'un œuf. Cependant l'œil malade conserva la faculté de voir. Lorsque la patiente eut été informée que l'opération de la tumeur était hasardeuse, et que le succès en était très-incertain, elle répondit qu'elle la préférait à l'attente d'une mort certaine.

Le 7 mars, la tumeur est sensiblement augmentée depuis le dernier rapport. La cornée est plus opaque, et la partie ulcérée plus large que le 3 du courant. Quelques gouttes de sang coulèrent de l'endroit où le pansement avait adhéré.

Les chirurgiens, dans une consultation, ayant décidé que l'opération était nécessaire, je la commençai par une incision libre, à partir de derrière le bord externe de l'orbite. Après cette incision, je promenai le scalpel autour de la partie inférieure de la base du fongus, jusqu'au grand angle interne de l'œil, puis sous la voûte de l'orbite jusqu'au

grand angle externe, divisant la conjonctive palpébrale de la paupière supérieure, et laissant l'intérieur intact; et séparant la tumeur de la joue, le sang partit de plusieurs artères avec une telle impétuosité, qu'il fut nécessaire d'accélérer l'opération; en même temps la prodigieuse extension du fongus démontra l'impossibilité d'une parfaite séparation des parties malades. En promenant le scalpel autour de la partie postérieure, la tumeur fut promptement détachée de ses connexions ultérieures en dedans de l'orbite. Une boulette de charpie fut placée sur les vaisseaux saignans, et la cavité de l'œil en fut aussi remplie. La patiente étant alors dans un état de syncope, on la coucha sur le plancher, et on lui fit prendre un peu de vin. Aussitôt qu'elle eut repris ses sens, la paupière supérieure fut détachée, et le pansement tenu parfaitement serré par un bandage monoculeux sur la surface divisée.

Dissection de la tumeur.

Plusieurs parties d'os furent retirées avec la tumeur. Les humeurs de l'œil, toutes ses tuniques, et le nerf optique, paraissaient dans un état naturel. La masse de la tumeur, depuis sa séparation, consiste en une substance compacte, d'une couleur jaune clair, ressemblant à la partie médullaire du cerveau et à la substance interne de la colonne vertébrale. Il y a aussi plusieurs cavités remplies d'une substance inorganisée, de la couleur de paille, ayant l'apparence d'une crême qui a été trop cuite. Une section latérale à travers les taches noires, dans l'intérieur de la tumeur, a découvert un amas de vaisseaux sanguins, livides à l'extérieur, et devenant graduellement plus vermeils à la profondeur de trois quarts de pouce, où ils se perdent dans la portion jaune de la tumeur.

Le deuxième jour, une légère hémorrhagie prit place après l'opération. Elle fut arrêtée par la pression.

Le troisième jour, la patiente éprouve tant soit peu de fièvre, autrement elle est confortable.

Le quatrième jour, l'opérée s'est très-bien portée depuis

le dernier rapport. Les menstrues ont été naturelles, la plaie est diminuée, les glandes sub-maxillaires sont plus petites. Ensuite l'état de l'opérée s'améliora, et elle passa six mois en assez bonne santé. A l'expiration de ce terme, il était évident que la tumeur revenait, quoiqu'elle fût capable de présider à ses occupations ordinaires. Les glandes sub-maxillaires et parotides étaient considérablement augmentées, et elle se plaignait de la douleur que la tumeur lui faisait ressentir alors (octobre 1818). La position de cette pauvre créature est réellement épouvantable. La tumeur est aussi grande qu'avant l'opération, et d'énormes grosseurs se sont aussi formées du côté gauche de la joue et du cou.

IIe OBSERVATION.

Le fils de M. G***, âgé de 3 ans, se plaignit de douleurs au-dessus de l'orbite de l'œil gauche, qui furent accompagnées d'une légère irritation permanente. Un séton fut pratiqué dans le cou. L'on employa des préparations mercurielles et antimoniales, parce que les médecins crurent d'abord que c'était une hydrocéphale. Peu de temps après, cette opinion prit encore plus de force par la chute de la paupière de l'œil gauche, la dilatation de la pupille et la perte graduée de la sensibilité dans la rétine.

Le 10 avril, quand je le vis pour la première fois, le globe de l'œil était entièrement obstrué par la paupière supérieure, qui était détendue, enflammée et légèrement œdémateuse. Ayant soulevé la paupière, le globe me parut tant soit peu élargi; d'ailleurs, excepté la dilatation de la pupille, l'œil était dans son état naturel, mais évidemment poussé hors de son orbite. L'angle formé par le nez et la joue était presque détruit depuis le canthus interne, moitié de la distance, jusqu'à la partie inférieure du septum. Un fluide âcre, impénétrable à l'air, coulait doucement par la narine gauche. L'usage de tous médicamens fut suspendu, et le séton fut ôté. La paupière gauche fut conservée moite par l'application des émolliens.

Le 17 avril, toutes les apparences malades ayant augmenté, et les paupières étant détendues, il fut jugé à propos d'évacuer les humeurs aqueuses. Par conséquent il fut pratiqué une petite piqûre au travers de la cornée, à peu près à la distance d'une ligne du ligament ciliaire; le côté de l'instrument resta en contact avec l'iris. Pendant l'écoulement du fluide aqueux, cette membrane se contracta; et, après l'opération, la pupille se rétrécit jusqu'à la moitié de son diamètre primitif.

Le jour suivant, la blessure de la cornée n'était plus visible; le globe de l'œil et la pupille avaient recouvré leur première grandeur.

Le 22, l'œil était tellement sorti de sa cavité, que, quoique la paupière eût beaucoup cédé, elle ne put couvrir entièrement le globe, qui était éloigné de son orbite à une distance égale de son diamètre naturel. Une substance d'un gris argenté, vue au travers de la cornée, semblait occuper la partie antérieure et postérieure de la cavité de l'œil, et incliner en avant, poussant l'iris devant elle, jusqu'à faire craindre la rupture de la partie supérieure de la cornée. J'en ai fait la cristalline lenticulaire rendue plus opaque par l'inflammation occasionée par la pression de la tumeur, et par la même cause ci-dessus décrite. La lentille et toutes les humeurs de l'œil furent évacuées par l'introduction d'un couteau à cornée (*cornea knife*) derrière le ligament ciliaire, tiré par le côté opposé, et disposé de manière à diviser la circonférence de la cornée. Une tumeur, poussée à travers la narine gauche, au-delà du septum, inclinait du côté droit. La paupière supérieure était excoriée. Le volume pendulum palati semblait être poussé en avant; les glandes sub-maxillaires et parotides étaient enflées. Elle fut enlevée de la même manière que dans le cas précédent, les parens ne voulant pas laisser examiner sa connexion avec les parties intérieures de la tête. Cette tumeur n'était certainement pas aussi grande que le fongus hématode de la négresse, et paraissait être, au toucher, de la même consistance que la médullaire du cerveau, plus particulière-

ment la partie qui est placée dans l'orbite. La texture de l'œil était totalement désorganisée; de petites escharres des os de l'extérieur de l'orbite y adhéraient. Une incision, faite à travers la partie basse et intérieure de l'orbite, avait fait un passage pour la partie adjacente de la tumeur dans le septum gauche du nez; excepté dans les circonstances ci-dessus mentionnées, l'organisation de la tumeur était semblable à celle de la négresse.

IIIe OBSERVATION.

J'avais été prié par un médecin attaché à une maison de charité, de visiter une femme de moyen âge, qui, depuis plusieurs années, souffrait d'une tumeur qui s'était élevée de l'orbite gauche. Elle lui avait fait perdre l'usage de l'œil droit. La grosseur de cette tumeur était moindre que celle d'un œuf. L'escharre progressive en avait séparé une partie. Les apparences extérieures étaient en tout semblables à celle d'Isabelle Jackson. Une opération fut proposée, mais elle fut différée à cause de la grossesse de la malade. On la fit cependant avec succès cinq mois après. Elle nourrit elle-même son enfant pendant six mois; mais ensuite elle fut obligée de le sévrer, et supporta alors l'opération de la tumeur, qui était augmentée de moitié. Cette opération fut faite par le docteur *B. H. Akerley.*

Dissection de la tumeur.

On ne remarqua pas d'abord au-dessous de la partie extérieure de la tumeur des taches de couleur pourpre, formées par un amas de vaisseaux, et ressemblant à une partie d'animal qu'on aurait violemment meurtrie avant sa mort, ce qu'on a pu remarquer dans l'opération sur Jackson. Mais la masse consistait en une substance de consistance crêmeuse. Il s'était formé à la partie supérieure deux coagulations de sang, de la grosseur d'une noisette. Les membranes de l'œil étaient distinctes. Une quantité prodigieuse de pigmentum nigrum, d'une substance noirâtre, occasionée par la maladie, se ramassa non-seulement dans

la rétine et les parties contiguës, mais encore dans le nerf optique de trois quarts d'un pouce d'étendue. En un mot, ce nerf parut dans un état naturel.

Il ne se présenta point d'autres circonstances aggravantes durant l'espace de six mois. Cependant, vers la dernière partie de cette époque, il se forma au-dessous de la partie inférieure de l'œil gauche une petite tumeur mobile, non sujette à aucun changement de couleur, et n'occasionant aucune douleur. La santé de cette pauvre femme s'affaiblit de jour en jour; elle maigrit, et ses traits prirent une couleur noire. Elle n'était pas étique, mais elle souffrait des symptômes ordinaires de la cachexie carcinomateuse. Des tumeurs analogues à celles de la figure se formèrent sous les aisselles et dans l'aîne; elles devinrent d'une grosseur prodigieuse avant sa mort, qui arriva huit mois après l'opération.

On ne peut tirer aucune idée consolante de tous ces détails. L'occurrence de la maladie, différent sur quelques points de la cause primitive, dans les deux derniers exemples, est trop remarquable pour la passer sous silence. L'on peut naturellement conclure que la maladie n'est pas locale, et qu'elle offre une raison assez forte au médecin, de borner ses vues à rendre plus douces les approches de la mort dont il ne peut sauver son malheureux patient.

Nota. Dans ces deux cas, le mal était du côté gauche; était-ce accidentel?

Il paraîtra évident, d'après les exemples ci-dessus, que le fongus hématode affecte l'œil de différentes manières. Il en est de même du cancer. N'ayant trouvé aucune méthode de classer ces maladies, je proposerai la suivante :

FONGUS HÉMATHODE. — PREMIÈRE ESPÈCE.

La prunelle est lisse, couverte par la conjonctive; la tumeur est unie et non ulcérée. Par exemple, chez le deuxième sujet, la surface de la tumeur est tuberculée, les bords sont tournés en sens contraire. La partie la plus saillante est couverte de taches d'un noir livide, partiellement cachées

par la sécrétion de la surface ; par exemple, chez le premier sujet.

CANCER. — PREMIÈRE ESPÈCE.

C'est une excroissance en forme de choux-fleur, avec des bords tournés en sens contraire, s'élevant de la conjonctive. Si elle est examinée avec attention, sa base paraîtra petite. Cette tumeur peut être amputée avec succès dans presque tous les cas. La deuxième espèce est une affection cancéreuse, partant non loin de l'œil, et s'étendant jusqu'à lui.

CONCLUSION.

Nous devons, d'après tous les détails ci-dessus, être persuadés qu'un grand nombre de maladies ont pour base une inflammation, qui, de l'état aigu, passe insensiblement à celui de chronicité; ce qui doit nécessairement conduire à un traitement approprié à chacun de ces états. Or, dans le premier cas, et dans l'affection qui fait le sujet de nos observations, la méthode curative, doit être purement anti-phlogistique, c'est-à-dire, celle qui réprime l'afflux trop abondant du sang vers la partie affectée; traiter ensuite la cause primitive par des remèdes internes, anti-scrofuleux, et autres, appropriés à la cause principale de l'affection. Mais, dans les cas déjà avancés, c'est-à-dire, ceux où le fongus médullaire commence à être visible au fond de l'œil, lorsque la désorganisation est prononcée, l'opération, au lieu de guérir la maladie, contribue au contraire à l'exaspérer.

Il existe des circonstances, lorsque le fongus médullaire, en particulier celui de l'œil, survient dans la tendre jeunesse, et que l'affection scrophuleuse suit les progrès et le développement vital des parties affectées, précisément le système nerveux cérébral, particulièrement celui d'où se découvrent les caractères d'une constitution scrophuleuse, et en ceci même avant la naissance, où il se forme et s'accumule des sérosités telles que l'hydrocéphale scrophuleux, des tumeurs scrophuleuses dans la dure-mère, ainsi que

dans le cerveau, du même genre, et même quelques parties de celui-ci dégénèrent en une masse scrophuleuse, comme nous l'avons déjà dit. Ainsi on ne sera pas surpris si la constitution scrophuleuse dominante développe une altération particulière dans le cerveau et les parties voisines, telles que l'œil, d'autant plus que le fongus médullaire a les mêmes caractères très-marqués de la constitution scrophuleuse, et que pour cela l'œil est exposé à plusieurs maladies décrites dans les ouvrages *ex professo*. *Scarpa* et *Wardrop* disent, et avec raison, que le fongus hématode commence à avoir son origine au fond de l'œil, à l'entrée du nerf optique et sur la rétine; quelquefois encore il suit la trace jusqu'au cerveau, dont le tissu se trouve altéré, et ils assurent que, même aussitôt qu'on l'aperçoit au fond de l'œil, la maladie est hors des ressources de l'art, par le motif que le nerf optique et ses enveloppes se trouvent infectés et désorganisés plus loin que le fond de l'orbite, et peut-être jusqu'à la base du cerveau : pour cela l'opération, au lieu de tronquer les racines de la maladie, contribue au contraire à l'exacerber davantage. Cette manière de penser de *Scarpa* viendrait à l'appui de mon opinion : c'est que très-souvent telle affection ne commence pas à la rétine, mais dans le nerf optique, dans le crâne et dans le système cérébral, et après, gagne le nerf et la rétine, et s'étend aux autres parties de l'œil. Les douleurs de tête qu'éprouvent le plus souvent les individus atteints de cette affection, viendraient à l'appui de mon opinion. Il me semble qu'il serait assez raisonnable de conclure que le fongus hématode de l'œil attaque presque toujours le cellulaire, les os, les muscles, celui de l'œil, les vaisseaux de la rétine, et que le fongus médullaire a son siége dans le système nerveux du cerveau, dans les *corps striés aux talamis optiques*, dans la troisième paire de nerfs cérébraux et aux nerfs optiques. Ne pourrait-on pas aussi supposer que le fongus médullaire de l'œil peut commencer tantôt dans le cerveau, et de là se propager au nerf optique et à la rétine; d'autres fois de celle-ci au nerf optique, au cerveau, où est la constitution scrophuleuse

dominante qui produit et alimente cette maladie. Voilà pourquoi on a regardé l'opération de cette affection comme inutile et même dangereuse, par l'irritation qu'elle peut porter au nerf optique, aux parties voisines du cerveau, et accélérer la mort de l'individu.

Cependant, nous pouvons assurer, d'après nos observations et notre expérience, qu'à ce degré même, cette affection n'est pas toujours incurable, si l'on opère à temps opportun. Je le répète ici, si on a quelquefois lieu de blâmer l'audace de quelques opérateurs, très-souvent aussi on doit déplorer la timidité pusillanime des chirurgiens qui laissent ce mal affreux poursuivre, au milieu de douleurs affreuses, l'infortuné qui en est atteint, lorsqu'ils pourraient, par une opération, hardie à la vérité, éloigner ou prévenir de fâcheux résultats.

La matière que je viens de traiter étant très-intéressante, pour celui qui cultive les maladies des yeux, je n'ai pas voulu me borner à mes propres observations et à mon expérience, j'ai dû emprunter, pour la rédaction de mon exposé, qui est encore loin d'être complet, des articles des meilleurs auteurs qui ont écrit sur ce sujet, afin de ne pas dénaturer ce que j'ai voulu exprimer. Il reste encore beaucoup à dire sur ces terribles et cruelles maladies, malgré les écrits de *Scarpa* et tant d'autres.

FIN.